FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 18 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

par M.

PARIS

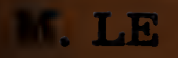
IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889





M. LE

Rue

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 mars 1889, à 1 heure

Par AUGUSTIN COMET

Né à *Portet-de-Luchon* (Haute-Garonne) le 11 mars 1860

POLYPES MUQUEUX DE L'UTÉRUS

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur.*

Juges : MM. { DESPRÈS, *professeur.*
LANCEREAUX, QUINQUAUD, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR SPONT

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

POLYPES MUQUEUX
DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Tous les traités classiques de Gynécologie consacrent un chapitre spécial aux polypes muqueux de l'utérus ; tout en reconnaissant, néanmoins, qu'ils pourraient rentrer à titre de conséqnence dans les métrites.

En conservant cette division, certains auteurs se conforment à l'usage, d'autres attendent que la question pathogénique soit définitivement résolue ; aussi, une fois, notre attention appelée sur ce point, il nous a paru intéressant d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale et d'apporter ainsi, dans la faible mesure de nos moyens, notre contribution à l'étude étiologique des polypes muqueux de l'utérus. A cet effet nous rappellerons, pour les comparer, les opinions des divers auteurs qui se sont occupés de la question.

Cette comparaison nous montrera d'abord que, grâce à la plus grande variété des moyens d'investigation, les données un peu précises sur ce point de la pathologie

utérine sont dues aux patientes recherches des savants modernes.

Nous verrons comment ces derniers, après avoir identifié au point de vue histologique le polype muqueux et les végétations, ne reconnaissent plus l'existence de ces productions comme une entité morbide ; mais bien comme le résultat d'une inflammation chronique de l'utérus, affectant la tunique muqueuse.

Le polype muqueux devient ainsi une forme spéciale d'endométrite avec la même étiologie que les auteurs classiques ont laissée dans l'ombre.

Il répond à cet état de la muqueuse appelé par Olshausen : endométrite hyperplasique, chronique ou polypeuse.

Ainsi se trouverait démontrée l'opinion émise par MM. Siredey et Danlos dans le *Dictionnaire de Jaccoud :* « Les végétations qui constituent les polypes muqueux semblent le plus souvent se produire sous l'influence d'une irritation de la muqueuse utérine : aussi nombre d'auteurs les décrivent-ils à l'occasion de la métrite chronique. Cette manière de voir est jusqu'à un certain point justifiée par la coexistence fréquente des polypes avec la métrite et avec des végétations dont l'origine est manifestement inflammatoire et la structure identique à celle des polypes eux-mêmes. »

De Sinety exprime la même idée d'une façon plus explicite : « On a dit que les polypes muqueux étaient cause de métrite chronique. Il nous semblerait plus juste de renverser la proposition en disant qu'ils sont la plupart du temps consécutifs à une métrite interne. »

Encouragés d'une part par l'opinion de ces auteurs qui

font si souvent autorité en matière de gynécologie et guidés d'autre part par les conseils de MM. les docteurs Doléris et Hamonic, nous nous efforcerons dans ce court travail de prouver que le polype n'est pas « *la plupart du temps* » mais bien « *toujours* » consécutif à une endométrite dont il ne représente qu'une phase évolutive. A l'aide des observations cliniques que nous avons pu recueillir parmi les nombreuses malades qui fréquentent la clinique du Dr Doléris et le dispensaire du Dr Hamonic, nous montrerons qu'enlever un polype, une fois reconnu, ne constitue pas un traitement complet. La récidive sera fatale. Car certaines matrices, selon l'expression de M. Tillaux, sont de véritables usines à polypes.

Ces récidives n'auraient pas lieu, si leur étiologie, objet de notre travail, était mieux connue. On leur appliquerait un traitement plus rationnel et par suite plus efficace en s'adressant à l'endométrite qui le produit.

Nous remercions ici nos maîtres dans les hôpitaux. MM. Delens, Dieulafoy, Quinquaud, Maygrier.

Que M. le Professeur Laboulbène, dont nous avons eu le bonheur d'être l'externe, reçoive l'expression de notre vive gratitude de l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions non plus oublier MM. Hamonic, Doléris et Gérard Marchant.

HISTORIQUE

Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur les diverses phases qu'a parcourues la science au point de vue des maladies de l'utérus et plus spécialement des néoplasmes de cet organe ; nous voyons tout d'abord que les caractères extérieurs seuls ont servi longtemps à les distinguer entre eux. Si cette différenciation a le mérite de ne rien présager de la lésion elle a surtout le grand défaut de manquer de précision. Le mot polype lui-même en est un exemple. On a effectivement donné ce nom à des excroissances de nature très diverses : les végétations cancéreuses ont assez souvent été appelées polypes sarcomateux, squirrheux, polype fongueux. On a aussi donné le même nom avec l'épithète de celluleux, muqueux ou vésiculeux aux productions appelées aujourd'hui fongosités utérines.

Mais l'anatomie pathologique en pénétrant le secret de leur structure intime nous permet de les distinguer entre elles d'après des caractères plus sûrs et de leur appliquer un traitement plus rationnel et par suite plus efficace.

Aussi rappellerons-nous en peu de mots le nom et les travaux des hommes à qui nous sommes redevables de cette découverte.

En 1771, Levret publie un mémoire sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice : mais ce qui l'occupe surtout, c'est le traitement.

Dans un mémoire publié en 1843, Récamier signale la

muqueuse qui tapisse la cavité de l'utérus comme étant le siège de granulations ou de végétations variant pour le volume, irrégulières, tantôt denses, tantôt blanchâtres et demi fibreuses, tantôt molles, rouges, vasculaires et semblables à un détritus de placenta. Ces dernières végétations rouges, vasculaires et saignantes au toucher sont comparées par Récamier à des hémorrhoïdes, mais la nature pathologique lui échappe. Il le dit lui-même. Néanmoins il leur appliquait indistinctement le même traitement c'est-à-dire le râclage avec la curette qui porte son nom. Cet instrument lui a valu certainement beaucoup de succès ; mais aussi beaucoup de mécomptes. Depuis, Récamier, l'opération du curage faite avec plus de mesure et de ménagement, dans des conditions mieux déterminées est devenue inoffensive et mérite une place définitive dans la chirurgie utérine.

Lisfranc s'occupe également de la question et Guérinaud, son interne, raconte, dans sa thèse, que l'illustre chirurgien en pratiquant chez une dame, qui avait des pertes fréquentes, une opération analogue à celle de Récamier, ramena dans une curette, dont les bords étaient mousses, des productions morbides qui avaient la plus grande ressemblance avec les polypes muqueux des fosses nasales.

Velpeau et Melier généralisent et vulgarisent la médication topique dans les affections utérines et en précisent soigneusement les indications.

Les travaux de Velpeau sur la métrite granuleuse du col appellent de nouveau l'attention sur ce sujet. Ce fut le point de départ de recherches nouvelles qui furent surtout

fructueuses au point de vue du traitement. On introduisit dans la pratique l'emploi de nouveaux caustiques : le nitrate acide de mercure, la potasse caustique sous forme de pâte de Vienne, le caustique solidifié de Filhos, dont Amussat surtout vulgarisa l'usage. Enfin Jobert conseilla et employa les cautérisations au fer rouge.

Cette énumération indique des traitements nouveaux, mais n'apprend rien sur la nature véritable des lésions que l'on se propose de guérir.

Cette lacune est jusqu'à un certain point comblée par le mémoire de Huguier sur les polypes utéro-folliculaires de l'utérus, paru en 1847. Avant lui personne ne s'en était occupé d'une façon spéciale. Dans son anatomie pathologique Cruveillier en parle d'une manière tout à fait accidentelle.

Portal et Gooch eux-mêmes en auraient connu l'origine et l'organisation à en juger, du moins, par le passage suivant d'un mémoire de Robert Lée, lu à la société médico-légale de Londres et rapporté dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1838. « Une quatrième variété de polypes utérins est celle qui résulte de l'hypertrophie des ovules de Naboth. Un de ces corps se convertit quelquefois en kyste du volume d'une noix ou même d'un œuf de poule et pend par un pédicule mince du col ou des lèvres du museau de tanche. Cette tumeur est lisse et vasculaire et contient parfois une matière analogue a du lait caillé ou bien un liquide filant et jaunâtre. Elle produit une grande irritation et donne naissance à des écoulements abondants de matière mucoso-sanguine par le vagin. Sur une pièce qui m'a été présentée par John Wood on voyait

plusieurs glandes hypertrophiées pendre du col de la matrice par des pédicules minces et allongés.

Une de ces glandes, du volume d'une noix, avait une surface lisse. Coupée elle a offert, à son intérieur, une matière jaune et molle. J'ai rencontré plusieurs autres exemples de cette affection. Herbiniaux a décrit cette espèce de tumeur sans en avoir décrit la nature.

Andral et Boivin en font également mention, mais ce dernier les confond avec les tumeurs fibreuses.

Dès l'année qui suivit la publication du mémoire d'Huguier sur les polypes utéro-folliculaires, en 1848, le professeur Robin publia le résultat de ses recherches sur la muqueuse utérine. Quelques années plus tard en 1853 le même auteur publie une note dans la *Gazette des hôpitaux* où il montre que plusieurs tumeurs circonscrites polypiformes de la muqueuse utérine sont constituées par l'hypertrophie d'un grand nombre de glandules.

« Les granulations de Récamier, dit-il, dans les *Archives générales de médecine* (1865), ont, au point de vue anatomique la même structure fondamentale que la muqueuse utérine. Ce sont des excroissances simples de cette membrane. Elles sont formées d'éléments fibro-plastiques plus abondants encore que dans le tissu de la muqueuse prise à l'état normal. Quelques-unes parmi les plus petites sont tapissées d'une couche d'épithélium semblable à celui de l'utérus. La plupart sont en outre parcourues par un assez grand nombre de vaisseaux capillaires. »

L'énumération rapide des travaux quelquefois importants qui suivirent les publications de Récamier sur les fongosités, nous montre que les auteurs rattachent toutes

les lésions de l'utérus aux lésions du col. Tous leurs efforts thérapeutiques tendent à guérir la métrite du col. Il faut arriver à Robin, qui, en montrant leur véritable structure compléta enfin l'histoire des fongosités. On a, en effet, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, ajouté peu de chose à la description histologique de Robin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue histologique on a peu ajouté à la description de Robin, rapportée dans le chapitre précédent. Néanmoins, les faits ont été mieux précisés et aux variétés cliniques correspondent des variétés anatomiques, selon que tel ou tel élément constitutif de la muqueuse utérine prédomine sur les autres.

M. Rouyer, en effet, dans sa thèse donne la description suivante de fongosités enlevées au moyen de la curette. « Leur aspect est assez exactement celui de la muqueuse utérine observée pendant l'écoulement menstruel ; mais il est extrêmement rare que l'on rencontre la muqueuse simple dans cet état. On trouve, en outre, de petites granulations saillantes soulevant légèrement la muqueuse, d'autrefois formant de petites saillies hémisphériques ou même sphériques et un peu pédiculées ressemblant assez bien à de petits grains de groseille opaques ou transparents et dans ce dernier, jaunâtres comme de petits polypes vésiculaires ou rosés, rouges même.

Dans certains ces petits grains ne sont rattachés à la muqueuse que par un petit pédicule mince et ressemblant alors tout à fait aux polypes vésiculaires que l'on extrait des fosses nasales. Ces polypes sont implantés alors sur la muqueuse vascularisée. »

Cette description nous montre bien les étapes successives par lesquelles passe le polype muqueux avant d'arriver

à son développement complet. Elle répond surtout au polype mixte, celui dans lequel les éléments de la muqueuse sont également développés. C'est d'ailleurs le plus fréquent.

Néanmoins dans les observations que nous rapportons plus loin, certains éléments prédominent sur les autres.

« Le microscope (thèse Laroche) montre qu'il s'agissait d'adénomes folliculaires multiples, sur les coupes on voit de nombreux culs-de-sac vides à parois tapissées de cellules endothéliales. »

Ici, ce sont les glandes qui sont hypertrophiées, tandis que, dans l'observation du Dr Hamonic, c'est le tissu embryonnaire.

« L'examen histologique, dit-il, me montre qu'il s'agit d'un polype myxomateux « substance amorphe très abondante, cellules myxomateuses, quelques rares fibres conjonctives à un seul contour, noyaux embryonnaires, corps fusiformes en assez grand nombre ». M. Dubar pose le même diagnostic histologique que M. Hamonic.

A notre grand regret nous n'avons pu nous procurer de coupe de polype hémorrhagique ; afin d'établir : qu'à chaque variété d'endométrite, décrite par de Sinety dans les (*Arch. de Gynécologie de* 1878) correspond une variété de polype muqueux.

Les examens histologiques que nous venons de rapporter concordent bien avec les résultats auxquels est arrivé Malowsky dans un travail reposant sur quatre piéces dont nous résumons les conclusions :

1° Les polypes muqueux de la cavité utérine font partie du groupe des tumeurs du type homologue. Leur tissu est

formé par les glandes et un stroma connectif (adénome).

2° Les éléments de l'adénome et ceux de la muqueuse normale ne diffèrent que par leurs proportions. Le stroma connectif prédomine dans l'adénome.

3° Le stroma de l'adénome ne diffère de celui de la muqueuse que par la prédominance des éléments fibrillaires sur les cellules.

4° Le stroma peut présenter la structure du tissu muqueux : cellules étroites à longs prolongements et prédominance des éléments sphériques.

5° Ou bien, il est formé d'un réseau de fibrilles connectives très délicates avec des éléments musculaires lisses sans direction particulière et des vaisseaux sanguins capillaires ou non, considérablement dilatés (myoma telangiectode, polyposum).

Ainsi, pour nous, les fongosités de Récamier et les polypes muqueux ont une structure identique. Elles correspondent seulement à deux périodes évolutives différentes d'une même lésion.

Dans le premier cas le polype est encore sessile, s'il est permis de s'exprimer ainsi, et se présente avec les caractères suivants : Il est mou, rouge, très vasculaire, saigne au moindre contact, ressemble à des débris de placenta. Sa surface est irrégulière, mamelonnée, ressemble assez bien à une framboise.

« Peu adhérent au tissu sous-jacent, il s'en détache facilement par un simple grattage et au-dessous on trouve le tissu musculaire mis à nu. »

Dans le second cas le pédicule s'est formé. Ce dernier peut acquérir une longueur très variable. Le volume du

polype peut varier d'un grain de chenevis au volume d'une orange. Ce dernier volume est exceptionnel. Entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires existent. Ils sont ordinairement blanchâtres et assez résistants. Souvent cependant ils sont rouges et vasculaires comme les tumeurs sessiles.

Comme l'endométrite, les polypes peuvent exister dans toute la cavité utérine ; mais leur siège favori semble être le canal cervical. Cela s'explique ; si on songe à la structure des glandes du col et aux causes d'inflammation chronique auxquelles ce dernier est exposé.

Ici, encore plus qu'ailleurs, la transformation du kyste en polype est facile, dès qu'il vient faire saillie à l'orifice du col.

Robert, en parlant des granulations, prétend qu'elles occupent presque toujours la paroi postérieure au niveau des trompes et se demande s'il n'y aurait pas quelque rapport entre cette circonstance et l'implantation du placenta, qui, comme on sait, a souvent lieu dans ces régions. Cette idée est très soutenable. En effet, les points ou s'insère le placenta sont pendant toute la durée de la grossesse le siège de congestions très fortes. Ils sont plus exposés à des tiraillements et à des dilacérations au moment de la délivrance, il n'est pas étonnant donc qu'il s'y établisse une inflammation chronique qui donne lieu à la naissance des fongosités.

Qu'il soit pédiculé ou sessile, le polype est toujours le résultat d'une inflammation ayant duré un certain temps. C'est ce que nous essayerons de prouver dans le chapitre suivant.

ÉTIOLOGIE

Il nous reste maintenant à pénétrer dans une question plus délicate, celle de l'étiologie des polypes muqueux.

La théorie de la formation de ce genre de tumeurs a été étudiée surtout par Chaussier. Ils résultent selon lui, d'un certain mode d'irritation ou permanent ou sujet à récidive de la muqueuse. De là d'abord, engorgement local, puis un petit gonflement, puis prolongement des ramuscules vasculaires et des tissus lamineux en sorte que le gonflement devient plus prononcé et prend enfin l'aspect du polype. Segard dit qu'il a vu Chaussier déterminer ainsi sur les animaux de véritables polypes fongueux.

L'exposé que nous allons faire des différentes conditions dans lesquelles se développent les polypes nous permettra, j'espère, de reconnaître la justesse de l'opinion de Chaussier; car ces conditions sont bien celles qui donnent naissance à l'inflammation de l'utérus. D'ailleurs ce dernier par sa structure anatomique et son rôle physiologique n'est-il pas l'organe de l'économie qui a le plus de tendance à devenir fongueux sous l'influence d'une cause quelconque? « La station bipède de l'homme est noble, mais elle est malsaine. Au lieu de reposer sur un plancher résistant, l'utérus est en équilibre instable sur un faible pivot et incessamment comprimée par le poids des viscères abdominaux. La structure est très vasculaire. Ses fonc-

tions incessantes nécessitent pour s'accomplir non seulement une hyperémie ou des mouvements comparables à ceux qui se produisent dans les autres organes ; mais des fluxions sanguines considérables et réitérées, des ébranlements nerveux profonds, des mutations de tissu complète, des traumatismes plus ou moins graves. En un mot les phénomènes naturels de la menstruation, de la gestation et de l'accouchement (*Courty*). »

Ces considérations exposées de main de maître nous expliquent d'abord, pourquoi l'affection qui nous intéresse n'est pas signalée avant la puberté et est rare dans les quelques années qui la suivent. L'utérus, en effet, avant la puberté, est un corps pour ainsi dire inerte, et dans les premières années de la menstruation les femmes sont moins exposées aux causes d'inflammation chronique de cet organe qu'à un âge plus avancé. Cependant l'endométrite (et par suite les polypes) des filles vierges est aujourd'hui parfaitement admise et est peut-être, plus fréquente qu'on ne croit. Cela tient, sans doute, à l'obligation dans laquelle le médecin se trouve, de faire un examen incomplet ou bien à la présence d'autres phénomènes qui suffisent à expliquer les ménorrhagies, symptôme principal des fongosités.

Quoiqu'il en soit, l'influence des grossesses antérieures sur le développement des fongosités et par suite des polypes, n'en reste pas moins un fait bien remarquable. « Toutes les femmes chez lesquelles j'ai rencontré ces fongosités avaient eu des enfants, et chez celles dont j'ai pu recueillir l'histoire, l'accouchement ne remontait pas au-delà de deux ans. » *Richet* (*Société de chirurgie*, 1855).

Cette opinion de M. le professeur Richet, vraie sans doute pour la généralité des cas, ne l'est plus pour la totalité. Elle a le tort d'être trop absolue. C'est, d'ailleurs, ce qui ressort clairement de sa propre statistique portant sur 36 cas, ainsi répartis :

Femmes n'ayant pas eu de grossesse			2
—	ayant eu des avortements		5
—	—	1 accouchement	12
—	—	2 accouchements	5
—	—	3 accouchements et plus	6
—	—	des couches laborieuses	6
			36

C'est bien la conviction à laquelle nous conduit la lecture de nos propres observations. Car dans presque toutes nous notons des grossesses antérieures ; bien qu'il soit difficile, dans quelques cas, d'établir une relation entre la lésion qui nous occupe et les grossesses, en raison du temps qui s'est écoulé entre l'une et l'autre.

Mais comment ces grossesses menées ou non à terme peuvent-elles produire les fongosités utérines?

Certains auteurs, raisonnant sans doute par analogie, pensaient que les fongosités n'étaient que des fragments de placenta restés adhérents à la muqueuse utérine après la délivrance; mais l'étude anatomique des produits est venue renverser cette opinion.

C'est bien plutôt dans les accidents consécutifs à la grossesse que nous pouvons trouver une explication de ce fait. On a constaté, en effet, que dans les cas où on rencontrait des fongosités utérines, les accouchements avaient été souvent difficiles, accompagnés d'hémorrhagies, suivis

d'inflammation, que les malades avaient fait des imprudences à la suite de leurs couches. Quant aux fausses couches, les accidents qui en sont si souvent la conséquence, nous expliquent suffisamment leur influence.

Entre la dernière grossesse et l'apparition de la fongosité il est quelquefois difficile, avons-nous dit, d'établir une relation. Dans ces cas, il faut, je crois, en chercher l'explication dans la diminution de l'énergie vitale qu'entraîne la productivité sexuelle. A ce point de vue, elles nous paraissent complètement assimilables aux différentes diathèses et se comportent comme elles. Sans doute l'utérus n'est pas, comme le voulaient les anciens, cause de tous les désordres qui surviennent chez la femme; mais il en est l'aboutissant et se traduisent toujours par des modifications dans le flux menstruel.

Qu'une femme, en effet, soit débilitée par des grossesses, des allaitements répétés et consécutifs, une mauvaise nourriture ou une diathèse quelconque, nous constatons toujours des modifications de la menstruation. Tantôt c'est une période qui fait complètement défaut. D'autrefois le flux cataménial est plus abondant et dure plus longtemps que d'habitude. D'autrefois enfin, ce sont des flueurs blanches qui remplacent les règles et qui se continuent dans la période intercalaire. Ces dernières prennent souvent naissance dans l'utérus et sont symptomatiques d'une lésion plus ou moins étendue de cet organe.

Comment expliquer leur origine si elles se sont développées en dehors de tout catarrhe chronique de l'utérus ou du vagin, soit virulent ou non, en dehors de toute

rétroflexion, de toute sténose des orifices interne et externe, de tout traumatisme?

Les recherches de Plüfer et le travail récent de Léopold nous paraissent éclairer un peu la question.

Si nous admettons, en effet, que la maturation d'un follicule allant presque à la rupture de ce follicule n'est pas la condition essentielle, *sine qua non* de la congestion réflexe qui détermine l'hémorrhagie menstruelle : que ce phénomène réflexe en est indépendant et qu'il ne dépend que de l'excitation que détermine le développement des cellules de l'ovaire sur les faisceaux parcourant le parenchyme ovarien, les faits doivent se passer de la façon suivante :

Si pour une cause ou pour une autre ce travail d'activité cellulaire de l'ovaire perd de son intensité il en résulte que la congestion réflexe de la muqueuse utérine n'atteint pas le degré suffisant pour qu'il y ait hémorrhagie et par suite dégonflement de la muqueuse. Elle reste hyperémiée. Que cette cause insuffisante pour déterminer l'hémorrhagie persiste elle provoquera en se perpétuant l'hyperplasie des éléments constituants de la muqueuse utérine. Qu'une nouvelle fluxion périodique se produise elle entraînera une hémorrhagie profuse, ou modérée.

Cette théorie nous semble rendre assez bien compte de la manière d'agir des diathèses. Elle nous permet surtout de comprendre pourquoi la lésion qui nous occupe se rencontre principalement chez les femmes arrivées à la ménopause. A cette époque de la vie, en effet, non seulement il y a diminution de l'activité ovarienne, mais il y a aussi un accroissement particulier du stroma connectif de l'ovaire et un épaississement de la couche ovigène (albu-

ginése. Ajoutez à cela les congestions si communes à cet âge et vous comprendrez pourquoi dans certaines de nos observations les femmes ont atteint 50 ans et quelquefois plus.

C'est là une endométrite hyperplasique d'origine purement ovarienne : elle serait caractérisée d'après Brenneke qui en rapporte six cas, dans aucun desquels il n'a constaté ni grossesse, ni avortement, par des hémorrhagies atypiques ou profuses. Tantôt la période intercalaire dure 5 à 6 semaines, tantôt une ou plusieurs époques menstruelles font complètement défaut.

Elle est surtout remarquable en ce sens que l'altération de la muqueuse est exclusivement limitée à la muqueuse du corps et s'arrête à l'orifice interne, que cette altération s'étend à la totalité de la muqueuse du corps et que la récidive est très fréquente ; ces trois points caractérisent la maladie. « La curette constitue le traitement par excellence ; mais la récidive sera fatale toutes les fois que l'excitation ovarique, point de départ de la maladie, persistera. Les tampons de glycérine fournissent un adjuvant très rationnel. La glycérine par ses propriétés osmotiques tend à atténuer la congestion utérine. La cautérisation de la muqueuse utérine est inutile puisqu'il ne s'agit pas d'une altération locale.

DIAGNOSTIC

Les polypes muqueux de l'utérus peuvent exister sur un grand nombre de personnes pendant longtemps avant de produire aucun accident ou même sans en produire. Ce n'est quelquefois qu'à l'ouverture des cadavres que l'on connaît leur existence.

Observation I (Oldham)

« J'ai vu, dit Oldham (*Guy's hospital reporters*, avril 1844) un utérus renfermant une production... aucun trouble n'avait fait soupçonner une lésion utérine. On voyait implanté sur la lèvre antérieure du col un petit polype formé par un certain nombre de kystes remplis d'un fluide transparent : le tout recouvert par la muqueuse. De la partie latérale gauche et proéminant dans la cavité utérine, environ deux lignes au-dessus du col, naissait une autre petite production polypeuse constituée par un amas de petites cellules rondes ressemblant à des perles réunies entre elles par un beau tissu fibreux et suffisamment distendues par un mucus demi-opaque pour paraître dures. L'idée me vint qu'il devait y avoir analogie de formation entre ces deux polypes; et que si l'un s'était développé dans la cavité du col aux dépens des glandes de Naboth, l'autre s'était développé dans la cavité de l'utérus aux dépens des glandes utérines. Ce qui me confirma dans mon idée ce fut

la présence de petites vésicules à la surface de la muqueuse de la cavité utérine au voisinage même du polype. »

Cette observation est intéressante en ce sens qu'elle nous montre bien que dans certains cas les polypes peuvent exister sans donner lieu à aucun symptôme.

Dans d'autres cas les symptômes ne sont nullement en rapport avec le volume de la lésion. « C'est chez la femme d'un cocher, dit Athil (*Annales de gynécologie*, Paris, 1882), que j'ai observé la plus grosse tumeur de cette espèce; je vis cette femme vingt-quatre heures après son accouchement et je trouvai un polype du volume d'une orange qui pendait partiellement en dehors du vagin. Il était attaché au col utérin par un pédicule long et très grêle. Ce point d'attache était immédiatement en dedans de l'orifice. La sage-femme qui avait assisté la malade m'assura que le travail avait été naturel et facile sous tous les rapports et qu'elle ne découvrit le polype qu'après l'expulsion du placenta. La tête dans son passage à travers le vagin avait évidemment détruit par sa pression la vitalité du polype; car, lorsque je le vis, il portait déjà des signes de décomposition. La malade dit qu'ayant soulevé un lourd fardeau vers le troisième mois de sa grossesse elle « sentit quelque chose partir de l'intérieur » et découvrit aussitôt une tumeur à la vulve. Il survint une hémorrhagie abondante qui néanmoins prit fin bien vite et la tumeur disparut.

Sa santé continua à être bonne jusqu'à la fin de sa grossesse et si elle n'eut « senti quand elle se fatiguait,

quelque chose à la vulve », elle n'aurait pas cru qu'il y avait quelque chose d'anormal chez elle.

A cette observation qui nous montre combien certains polypes, même très volumineux, sont complètement inoffensifs, nous pouvons opposer la suivante du même auteur.

Observation II (Athil)

« Mlle X..., âgée de 24 ans. Je dus faire l'examen vaginal pour une *hémorrhagie* persistante que tous les astringents ne pouvaient arrêter et je découvris un polype ayant trois centimètres de long, pas plus gros qu'une plume d'oie ordinaire et suspendu à l'orifice utérin. »

De la comparaison de ces deux observations, il ressort clairement que le degré de vascularisation des polypes n'est nullement en rapport avec leur volume et que par suite les hémorrhagies ne lui sont pas proportionnées.

Cette différence provient, je crois, de la cause qui a créé ces deux polypes. Dans le premier cas c'est la congestion physiologique de la gestation qui a donné naissance à ce polype volumineux, mais silencieux. Dans le second cas au contraire, il était la conséquence d'une endométrite hémorrhagique et la grande quantité de sang provenait probablement non seulement du polype, mais de toute la muqueuse utérine.

« Certaines fongosités sont presque uniquement composées de vaisseaux. Quelques-uns de ces vaisseaux sont

extrêmement dilatés et atteignent un diamètre considérable. C'est là l'explication de ces hémorrhagies si fréquentes dans la métrite interne (*de Sinety*). »

A l'appui de cette citation, nous rapporterons l'observation suivante recueillie dans la thèse de Melik.

Observation III (thèse Melik)

La nommée, R..., Marie, âgée de 40 ans, couturière, entre le 12 septembre 1886, à l'hôpital temporaire de la rue Pascal. Salle A, n° 14, dans le service de M. Pozzi.

Antécédents de famille. — Père mort de bronchite chronique.

Mère morte de diabète.

Deux frères dont l'un rhumatisant, rachitique, l'autre se porte bien.

Aucune affection cancéreuse dans la famille.

Antécédents personnels. — Rougeole à 3 ans. Réglée à 11 ans 1/2.

L'établissement de la menstruation a été très paisible.

Règles régulières ; mais douloureuses jusqu'à ces derniers temps.

Pas d'enfants, ni fausse couche.

Aucune maladie antécédente à signaler, excepté quelques accidents scrofuleux dans le jeune âge.

Il y a neuf mois, les douleurs qui accompagnaient ordinairement les règles sont devenues beaucoup plus intenses et surviennent même en dehors des époques.

Leucorrhée abondante.

Il y a 4 mois les pertes menstruelles deviennent *de plus*

en plus abondantes et bientôt continuelles. La période cataméniale disparaît entièrement.

Les hémostatiques n'ont pas raison de ces hémorrhagies et elle entre dans le service le 11 septembre 1886.

État actuel. — Bonne santé générale, appétit conservé. Pas d'amaigrissement. Les pertes ont disparu depuis que la malade est à l'hôpital. Pas de leucorrhée. D'ailleurs ces pertes n'avaient et n'ont jamais eu aucune fétidité. Col très volumineux. Lèvre postérieure amincie en forme de croissant, et débordée par une tumeur mamelonnée de consistance dure, se laissant à peine entamer par l'ongle.

L'utérus forme un globe dont le fond s'élève jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus du pubis.

L'hymen est conservé.

A peine peut-on introduire dans le vagin un petit spéculum qui permet de voir la lèvre antérieure, érodée, granuleuse et au-dessous, la tumeur d'aspect violacé.

Un fragment de la tumeur enlevé, à l'aide de la curette, et examiné sous le microscope, révèle des fongosités bénignes (un adénome hypertrophique).

L'opération a eu lieu le 25 octobre.

Chloroforme.

Les lèvres du col sont fixées à l'aide de deux pinces et le col est attiré sur la vulve.

Le museau de tanche est assez dilaté pour rendre inutile la dilatation préalable du col.

Introduction de la curette. Râclage. La curette ramène en deux fois une masse de fongosités utérines du volume de deux œufs de poule, rouges, molles, friables, se laissant facilement déchirer par les doigts. Aspect lobulé formé d'une grande quantité de petites végétations agglomérées

en forme de polype, à large implantation, mais peu adhérent à la muqueuse.

L'opération s'accompagne d'une hémorrhagie assez abondante ; aussi M. Pozzi la pratique-t-il en toute hâte.

Nettoyage complet de la cavité qui devient lisse et unie. Lavage au sublimé.

Temponnement de l'utérus à l'aide d'une longue lanière de gaze iodoformée.

Le lendemain, après une bonne nuit, la malade se sent à l'aise. Elle ne souffre aucunement. Pas d'hémorrhagie.

Dans les quelques observations que nous venons de rapporter, un *seul* symptôme est constant ; c'est l'hémorrhagie ou même la ménorrhagie qui se transforme quelquefois en perte continuelle ou en leucorrhée, sans cependant affaiblir les malades d'une façon notable.

Elles conservent encore un « teint clair et rosé ; » l'amaigrissement n'est pas notable. Elles ne réclament quelquefois les soins du médecin que pour suivre l'avis des personnes qui leur conseillent de ne pas négliger une maladie qui pourrait devenir grave.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Ces hémorrhagies, en effet, par leur répétition et leur abondance entraînent quelquefois très rapidement un état anémique très prononcé qui, s'il n'entraîne pas la mort de la femme, la met dans des conditions tout à fait favorables à contracter une maladie intercurrente. C'est ce que prouve largement l'observation suivante de M. Berger (Praticien, 1882).

Observation IV (Berger, Praticien, 1882)

Au n° 20 de la salle Sainte-Catherine, nous avons une femme à l'aspect fort souffrant, au teint anémique des plus prononcés et chez laquelle il est survenu depuis quelques jours des *accidents intestinaux* semblant appartenir à la fièvre typhoïde.

Mais ce n'est pas de cette affection qui est venue se surajouter à un état morbide antérieur et de toute autre nature que je vais vous parler, mais bien de la maladie primitive qui a produit l'état presque cachectique dans lequel cette femme est arrivée dans nos salles.

La malade a 39 ans et la cause première de l'anémie excessive que nous avons constatée à son arrivée résulte d'un trouble profond dans ses fonctions menstruelles.

Jusqu'à la fin de 1879, elle s'était toujours bien portée; elle était même forte et la menstruation avait toujours été très régulière. Mais à cette époque les règles commencèrent à se déranger et devinrent peu à peu de plus en plus abondantes constituant bientôt de véritables pertes utérines, lesquelles ont déterminé l'anémie si profonde que nous constations ces jours derniers. C'était une véritable ménorrhagie: le flux cataménial était très abondant pendant *huit jours* pour diminuer progressivement, tout en persistant encore pendant quinze autres jours : de telle sorte que la durée véritable de chaque époque menstruelle n'était pas moindre de 3 semaines et laissait seulement 8 jours d'intervalle entre elle et l'époque suivante.

De plus lorsque les règles s'arrêtaient ainsi au bout de 3 semaines elles étaient remplacées jusqu'à leur nouvelle

apparition par des pertes blanches très abondantes qui fatiguaient beaucoup la malade. Telle est la cause de cette anémie profonde caractérisée par une grande dépression des forces, par la perte d'appétit, une nutrition vicieuse, la décoloration des muqueuses, une teinte circuse de la peau. Ces ménorrhagies doivent être attribuées à un polype muqueux, né dans la cavité utérine.

Dans le cas de M. Berger les commémoratifs et surtout le toucher permettaient d'éviter une erreur de diagnostic qui eût consisté à attribuer ces hémorrhagies à la fièvre typhoïde et non au polype muqueux. Quelquefois les faits ne se passent pas si simplement et les états morbides sont encore plus complexes, témoin l'observation de M. Larcher rapportée dans la *Gazette des hôpitaux* et que nous résumons.

Observation V

Larcher, Gazette des hôpitaux.

Mad. X..., 34 ans était mariée depuis 12 ans, et mère de deux enfants, âgés l'un de 11 ans, et l'autre de 7, Elle avait été réglée à 12 ans et la menstruation toujours régulière n'avait jamais été suspendue que pendant les 2 grosesses.

En janvier 1873, elle vit ses règles lui manquer. Le 18 de ce mois, six jours après la date où les menstrues eussent dû paraître, je fus mandé, et bien que ma cliente n'éprouvât aucun malaise qui fit songer à l'opportunité de cet examen, je fus invité par elle-même à m'assurer de l'état de

l'utérus. Le toucher me permit de constater immédiatement l'existence d'une tumeur dure, résistante, lisse à sa surface, engagée entre les lèvres du museau de tanche, libre d'adhérence en avant; mais paraissant dépendre de la moitié postérieure de l'orifice interne du col. Pendant 3 mois je perdis de vue ma cliente. Le 21 avril on me fit appeler de nouveau et l'on me raconta ce qui s'était passé :

Une sage-femme, très instruite ayant été consultée huit jours après moi, avait déclaré que tout la portait à croire à l'existence d'une grossesse. Cinq jours plus tard survinrent des coliques utérines ; bientôt suivies d'une perte et bientôt suivies de l'expulsion d'un fœtus de six semaines.

Madame X... était donc réellement enceinte. La métrorrhagie persista après l'avortement et les coliques utérines reparurent de temps à autre.

Me rappelant donc exactement le 21 avril les détails de la constatation que j'avais faite le 18 janvier, je jugeai indispensable de procéder à un nouvel examen. Alors par le toucher et le spéculum je pus reconnaître l'existence d'un polype gros comme une noix et relié par un court pédicule à la partie la plus profonde de la paroi postérieure du col utérin. L'excision en fut faite à l'aide de longs ciseaux courbes. Aussitôt après je plaçai dans la cavité du col (que le long séjour antérieur du polype avait largement dilatée) une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer et je tamponnai ensuite le vagin.

Une sonde élastique ayant été laissée à demeure dans l'urèthre je fis replacer la malade dans son lit et le surlendemain, quand j'enlevai les boulettes de charpie, le col était complètement revenu sur lui-même et pas une goutte de sang ne s'était écoulée.

Les règles parurent le 16 mai et revinrent périodiquement jusqu'au 15 septembre 1874 où elles manquèrent absolument. Les divers signes généraux de la grossesse s'étaient manifestés. — Je désirai pratiquer le toucher et je retrouvai un nouveau polype comparable au premier inséré à la même hauteur ; mais sur la paroi antérieure de l'utérus. J'admis la coïncidence avec la grossesse et dan l'espoir de prévenir cette fois l'avortement que provoquent ordinairement de bonne heure les polypes du col, je conseillai l'opération immédiate. On ne se décida que le 19 septembre. Mais au moment d'intervenir je constatai que toute trace de polype avait disparu. Le col était un peu ramolli, sans être aucunement entr'ouvert.

Je demandai le 13 octobre à renouveler l'exploration, c'était l'époque où seraient venues les règles, s'il n'y avait eu gestation. Je jugeai ce moment favorable à une nouvelle apparition du polype et le fait confirmant mes prévisions je pus extraire un hystérome comparable au premier, exempt comme lui de toute disposition vasculaire *notable* et n'en différant que par son point d'implantation. Le pédicule fut sectionné de la même manière que la première fois, et tout se passa aussi simplement. Quant à la grossesse, elle suivit son cours régulier.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Elle nous montre d'abord un curieux exemple de polype intermittent diagnostiqué par un pur effet du hasard, et coïncidant avec une grossesse au début dont il détermine promptement l'avortement.

Elle nous montre encore comment dans des conditions analogues cet accident a pu être prévenu par une prompte

intervention ; intervention qui n'a pu avoir lieu qu'a l'époque ou seraient venues les règles s'il n'y avait eu gestation ; moment favorable à l'apparition du polype.

Ces hémorrhagies qui par leur répétition entraînent les anémies avec toutes leurs conséquences, occasionnent des avortements, si toutefois elles ne s'opposent à la fécondité, ne sont pas toujours les seuls symptômes subjectifs qu'accusent les femmes, ni les seules lésions auxquelles elles donnent lieu.

Elles éprouvent, en effet, dans l'intervalle des règles un sentiment de gêne, de plénitude dans le petit bassin, accompagné quelquefois de douleurs se propageant dans la région lombo-sacrée, dans la région hypogastrique, inguinale et même crurale, jusqu'à l'articulation du genou.

C'est ce que prouvera l'observation suivante.

Observation VI (Thèse Adriet)

Endométrite végétante

Publiée dans les *Arch. Gynakologie* 1875, par Olshausen.

Traduite de l'allemand.

M. Z.., âgée de 49 ans, a eu dix enfants ; le dernier il y a 15 ans. Lorsqu'elle vint se faire examiner pour la première fois au mois de septembre 1871 elle se plaignait de la fréquence anormale et de la grande abondance de ses règles. Elle éprouvait également de vives douleurs en forme d'accès qu'elle localisait à l'hypogastre et à la raci-

ne des cuisses. A partir du mois d'octobre 1870 les hémorrhagies utérines devinrent continues et inquiétèrent fort la malade. Alors elle alla consulter le docteur Bosch d'Aalen qui la traita par le curage et des cautérisations intra-utérines. A la suite de cette opération les pertes cessèrent jusqu'à la fin du mois de septembre époque à laquelle survint une métrorrhagie qui dura 15 jours, puis à court intervalle, une seconde qui se prolongea pendant plusieurs semaines.

Voici dans quel état je trouvais la malade vers la fin du mois de décembre. Cette femme robuste, d'ailleurs, était considérablement anémiée. Elle se plaignait de bourdonnement d'oreilles et d'accès d'oppression. La peau présentait une teinte cireuse.

La palpation combinée avec le toucher permettait de constater une hypertrophie considérable de l'utérus. La sonde utérine pénétrait à une profondeur de 9 centimètres. Le doigt introduit par le col artificiellement dilaté ne percevait rien d'anormal au niveau de l'orifice interne, il n'était pas possible de le conduire plus avant.

La curette amena au dehors une masse fongueuse assez volumineuse. L'évidement parut assez douloureux. Cependant il ne se produisit aucune réaction fébrile et la malade sortit en bonne voie de guérison.

Quatre mois plus tard, les règles reparurent très abondantes, puis survint une aménorrhée qui dura six semaines.

En janvier 1872, je trouvai la partie inférieure du col encore entr'ouverte. La cavité utérine mesurait 10 centimètres et l'introduction de la sonde ne fut pas suivie d'écoulement de sang.

En juin de la même année, la malade revint se faire

soigner par le Dr Bosch qui la trouva très anémiée. La cavité utérine était très distendue, la paroi postérieure du corps et du col était rigide.

Le médecin crût à un papillôme ulcéré et fit des injections de perchlorure de fer presque pur et de teinture d'iode faiblement étendue.

A la suite de ce traitement, la malade se rétablit avec une rapidité qui dépassa toute attente.

Au mois de mars 1873, la malade qui se portait fort bien fut prise très brusquement de violentes douleurs dans l'abdomen, de vertiges et de vomissements. Ces accidents persistèrent 27 heures au bout desquelles elle succombait sans avoir perdu connaissance.

Les médecins présents admirent une rupture utérine, mais l'autopsie ne put être faite.

Cette observation que nous avons longuement rapportée nous montre bien que les polypes de l'utérus sont une affection sérieuse non seulement par leur opiniâtreté à se reproduire, par les hémorrhagies auxquelles ils donnent lieu et l'anémie profonde qui en est la conséquence immédiate, mais encore par les accidents qu'ils provoquent du côté des annexes. L'accident le plus fréquent est la péritonite subite et rapidement mortelle. Toutefois elle est heureusement assez rare et les auteurs n'en rapportent que quelques exemples.

Aux signes subjectifs que nous venons de rapporter nous y ajouterons les douleurs dysménorrhéiques signalées par les auteurs. Elles sont dues aux efforts musculaires que fait l'utérus pour expulser le polype. Elles sont plus marquées quand le polype est descendu à l'orifice

interne ou quand il se trouve dans le canal cervical.

Les polypes muqueux ne peuvent guère être confondus qu'avec un corps fibreux. Mais ces dernier sont trés longs à se développer et n'apparaissent hors de l'utérus qu'après des années. Celui-ci augmente peu à peu de volume, mais son col reste longtemps fermé. D'ailleurs les polypes fibreux sont de consistance ferme, solide, ligneuse ; caractères qui servent à les distinguer de la consistance mollasse du polype muqueux. Nous ne citerons que pour mémoire l'erreur qui consisterait à prendre une inversion utérine pour un polype muqueux.

Ainsi donc, si une femme généralement encore en pleine période d'activité sexuelle se plaint de ménorrhagies abondantes avec caillots plus ou moins anciens, de leucorrhée dans l'intervalle des règles, d'un sentiment de gêne, de plénitude dans le petit bassin, accompagné quelquefois de douleurs se propageant dans les régions lombo-sacrée, hypogastrique, inguinale, il faut songer à une endométrite fongueuse ou polypeuse, après avoir éliminé par exclusion, le cancer et le corps fibreux qui s'accompagnent quelquefois de ce cortège de symptômes. Voilà pour les symptômes subjectifs. Le toucher peut nous montrer un col gros, mou, entr'ouvert et d'un cathétérisme facile, en raison de la béance de l'isthme : il peut être au contraire, obstrué par un corps mou, saignant facilement et muni d'un pédicule. Voilà des signes objectifs qui nous permettent de diagnostiquer un polype muqueux, consécutif à un endométrite.

Dans ce cas enlever le polype ne constitue qu'un traitement momentané qu'il faudra recommencer bientôt. Il

faut s'adresser à l'endométrite : ce que nous prouverons, je l'espère, avec les observations que nous allons rapporter et desquelles nous déduirons le traitement.

Observation VII (thèse de Caudron).

Adénome du col de l'Utérus. — Traitement par excision. — Récidive à forme diffuse — Cautérisation par la pâte de Canquoin. — Guérison.

La nommée R..., entrée le 15 janvier 1873 à la Maternité, salle Sainte-Marguerite, n° 4, service de M. Tarnier.

Antécédents héréditaires et de famille, rien de particulier à noter.

Cette femme âgée de 63 ans, rentière, fut réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Elle eût trois grossesses, qu'elle mena à terme sans aucun accident. Toutes les suites de couches furent normales. Elle cessa d'être réglée complètement à 42 ans. Depuis cette époque elle n'observa aucun écoulement, ni blanc, ni rouge, jusqu'à l'âge de 50 *ans*.

A ce moment elle éprouve une perte sanguine assez considérable et qui dura 15 *jours* et consécutivement réapparition des règles pendant 4 mois. L'écoulement cataménial durait cinq jours et revenait tous les 28 jours. — Puis tout rentra dans l'ordre. La santé générale était très bonne et l'embonpoint assez considérable, lorsqu'en 1871, un jour, en sortant du bain, la malade reconnut avec étonnement qu'elle perdait un peu de sang. Elle n'y fit pas grande attention et le lendemain l'écoulement avait cessé ; mais pour reparaître trois ou quatre jours après.

Puis des pertes, légères il est vrai, se montrèrent tous les quatre ou cinq jours, puis devinrent continuelles. — Mais il faut remarquer que, dès le début, l'écoulement alors intermittent, était constitué par du sang pur, tandis lorsqu'il devint continu, c'est-à-dire au bout de six semaines à peu près, c'était un liquide rosé, mais qui coulait en bien plus grande abondance.

La santé générale restait bonne malgré cela. Cependant une sage-femme fut consultée, puis un homœopathe; mais ni les injections de l'une, ni les globules de l'autre ne parvinrent à faire cesser les pertes.

Alors, à la fin de l'année 1871, elle s'adressa à M. Tarnier qui reconnut la trace d'un polype siégeant dans le col et parfaitement pédiculé. Il en pratique l'abrasion au moyen de la pince de Museux, mais en imprimant un mouvement de torsion à l'instrument, le polype fut écrasé — l'hémorrhagie fut peu abondante. — Tout se passa à merveille et dix jours après, l'écoulement ayant cessé complètement, la malade quittait la maternité.

Tout alla bien pendant six mois, mais au bout de ce temps l'eau rousse recommença à paraître en petite quantité d'abord, puis en aussi grande abondance qu'avant l'opération.

Elle revient consulter M. Tarnier ; mais le toucher pas plus que le spéculum ne permirent de reconnaître la présence d'un autre polype, le col utérin était fermé, quoique assez *volumineux et congestionné.*

Des injections astringentes furent ordonnées, mais l'écoulement persista et même devint plus abondant encore.

La malade avait beau employer des quantités de linge pour se garnir, tout était bientôt traversé.

Elle revint une deuxième fois à la maternité à la fin de l'année 1872. M. Tarnier reconnut alors la présence d'un nouveau polype.

Nouvelle extirpation par le même procédé.

Pas plus d'hémorrhagie que la première fois et trois semaines après elle sortait de l'hôpital.

Mais l'écoulement n'avait pas cessé complètement et elle se décide à rentrer le 15 janvier 1873.

Cette femme est grande, forte et chargée d'embonpoint, le teint est rose et clair, rien d'anormal dans le cœur et la poitrine. En somme l'état général est aussi satisfaisant que possible, le palper abdominal ne peut donner aucun renseignement, tellement les parois sont infiltrées de graisse.

Le toucher vaginal lui-même n'est pas facile et c'est avec peine qu'on arrive au col, qu'on trouve légèrement *béant* et dont l'orifice est occupé par un tissu très mou et qui saigne au moindre attouchement. Avec le spéculum bivalve il est impossible de découvrir le col. On ne constate que l'intégrité parfaite des parois vaginales. En employant le spéculum en bois et très long on arrive enfin au col et on constate que ce dernier est sain, mais qu'un tissu mollasse, rougeâtre et comme gélatineux occupe le centre du canal. M. Tarnier tout en reconnaissant que ce néoplasme doit être identique comme nature aux polypes précédemment enlevés fait remarquer qu'il est plus diffluent et ainsi voulant le saisir avec des pinces il n'en retire que des lambeaux. De plus il est impossible de savoir au juste à quel point a lieu l'insertion, qui doit être profondément située.

M. Tarnier résolut de curer la cavité utérine avec l'instrument de Récamier.

Le samedi 8 février la curette fut introduite plusieurs fois dans l'utérus et on retira gros comme une noix de matière pulpeuse.

Le soir. — Pouls normal. Ventre non douloureux. Écoulement sanguin peu abondant.

On recommença le mercredi 12 février à dix heures du matin.

La curette fut introduite à 4 ou 5 centimètres dans la cavité utérine, et à plusieurs reprises ramena encore une certaine quantité de substance gélatineuse.

A 2 heures. — Violent frisson. P. 120. T. 39°. Nausées, rien du côté du ventre.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme. Limonade vineuse.

A six heures. — P. 100°. T. 38°,1/5.

Le frisson a cessé. Écoulement sanguin très léger. Nuit assez calme. Frisson à minuit.

Le 13 février, matin. — Mieux sensible. Pas ballonnement du ventre, mais toujours nausées. T. 37°,3/5. P. 96. Traitement : 1 gramme sulfate de quinine.

La journée se passe bien.

Le soir. — T. 37°. P. 64. Il y a une garde-robe. La malade urine sans difficulté.

Le 14 février. — Oppression légère. Dyspnée, rien dans la poitrine ni dans la cavité abdominale.

P. 80. T. 38°.

Le soir. — P. 68. T. 37°,3/5. Traitement anti-spasmodique.

Le 15 février. — État général bon. P. 60. T. 37°,2/5.

Le 16. — L'écoulement séro-sanguin reparaît. M. Tarnier se décide à dilater le col.

Pour cela, le 22 février, trois tiges de laminaria réunies

par un fil de caoutchouc furent introduites à 10 heures du matin et maintenues en place à l'aide de tampons de ouate jusqu'au 24, jour où on les retire à six heures du soir.

Le 25. — Nouvelle application de quatre tiges réunies en cylindre de la même façon que le 22; mais avant de les introduire on enlève avec le doigt et la pince quelques débris de polype qui sont flottants dans le col entr'ouvert.

Le soir.—Douleurs de ventre, syncopes, nausées. P. 80.

Le 26, matin. — P. 86, ventre assez douloureux, mais on retire les tiges.

Le 27. — Tout est rentré dans l'ordre.

Le 1er mars. — Nouvelle application de laminaria.

Le 4. — Le col est bien dilaté. On introduit alors dans le col un cylindre de caustiques de Canquoin, long de 4 centimètres et de 1 centimètre de diamètre.

On avait pris la précaution de l'entourer de fils nombreux entrecroisés de manière à entourer le caustique d'une sorte de grillage. On bourre ensuite le vagin de ouate. A 5 heures du soir, la malade n'avait éprouvé qu'une sensation de chaleur assez vive. Le cylindre fut retiré, mais incomplètement, malgré tous les fils tellement la pâte était devenue liquide. On pratiqua de nombreuses injections d'eau froide avant de retirer le spéculum afin d'extraire les derniers vestiges de caustique.

Traitement : Cataplasmes en permanence ; puis on tamponne le vagin.

Le 5. — Nuit bonne. On introduit le spéculum. On constate qu'il reste dans la cavité utérine une certaine quantité de bouillie formée de débris de caustique et de matière polypeuse. On enlève tout ce qu'on peut et l'on pratique à nouveau de nombreuses injections, et puis on remplit le vagin d'ouate.

Traitement : Bains. Cataplasme. Le soir, sentiment de chaleur et même cuisson assez prononcée dans le vagin. Potion opiacée.

Le 6. — État général bon, aucun écoulement. Pas de douleur de ventre. Pas de fièvre. Le sommeil a été calme. Repos absolu.

Le 7 et le 8. — Bon état.

Le 9. — Envies fréquentes d'uriner et un peu de cuisson pendant la miction.

Le 10. — La malade a rendu avec les urines, dit-elle, une peau qui a été jetée. M. Tarnier pense que l'eschare se détache. Il introduit alors un spéculum et retire du col une production membraneuse de couleur blanchâtre qui n'est autre chose qu'une poche complète, longue de 6 centimètres, large de 4, à parois épaisses de 4 millimètres.

En plusieurs endroits, dépression correspondant probablement aux points d'insertion. Léger écoulement sanguin. État général très bon.

Le 11. — Bain, repos.

Le 12. — Bain, repos, aucun écoulement.

Le 16. — Même état.

Le 22. — Au spéculum, ouverture du col étroite, revenue sur elle-même.

Petite surface un peu saignante.

Le 31. — On constate une rétraction considérable du col.

Elle sort complètement guérie. La guérison s'est maintenue.

Observation VIII (Thèse Laroche)

Hémorrhagies depuis quatre ans. Curage de la cavité du corps et du col par la curette de Sims. Guérison définitive.

La nommée L..., Françoise, 64 ans, entre le 4 septembre 1885 dans le service de M. le professeur Richet, salle Notre-Dame, n° 7.

Antécédents. — La ménopause s'est produite il y a dix ans, sans accidents ; depuis, la santé générale est restée constamment bonne ; mais il y a quatre ans environ, est survenu un écoulement continu ; mais augmentant par moments dans une proportion considérable. La malade n'a jamais ressenti de douleurs expulsives ; la miction et la défécation se font facilement et sans douleur. Il n'existe pas de leucorrhée et l'écoulement sanguin est sans odeur.

L'état général est bon. Il y a peu d'affaiblissement de forces ; mais sans amaigrissement.

En 1881 et en 1883 elle fut opérée d'abord par M. Gallard, puis par M. Richelot, mais *sans amélioration notable.*

État actuel. — On ne trouve aucune tumeur à la palpation abdominale simple ou même au toucher vaginal. L'utérus est en rétroversion et la saillie qu'il fait dans le rectum est appréciable au toucher.

Le toucher vaginal donne au col la sensation de végétations frangées ; l'une d'elle, semble plus allongée ; le doigt introduit dans le col ne peut sentir leur point d'implanta-

tion. Elles sont irrégulières, assez dures, résistantes, ne pouvant se détacher sans un effort considérable ; elles saignent peu.

Au spéculum, leur couleur est foncée ; les lèvres du col ne sont pas ulcérées.

Dans une remarquable leçon qu'il fit sur cette malade, M. le professeur Richet élimina le cancer, en raison de l'ancienneté des débris, de l'absence d'odeur, du peu de volume de l'utérus et de l'adhérence des fongosités et se rallia à l'idée de polypes folliculaires ; diagnostic qui fut confirmé par l'examen histologique. Le microscope montra en effet qu'il s'agissait d'adénomes glandulaires multiples. Sur les coupes on voit de nombreux culs-de-sac vides, à parois tapissées par des cellules endothéliales.

L'opération fut pratiquée en deux temps.

Dans une première séance, M. Richet pratiqua le curage de la cavité du corps et du col avec la curette de Sims ; le doigt pénétra jusque dans la cavité utérine et retira ainsi des masses polypeuses considérables. Les suites en furent très simples.

Le tamponnement pratiqué aussitôt après l'opération fit cesser rapidement l'écoulement sanguin peu abondant du reste, qui se produisit après le curage et put être retiré le lendemain.

Les pertes cessèrent complètement et le col revint peu à peu sur lui-même. Quinze jours après, et dans une deuxième séance, M. Richet, pour se mettre à l'abri des récidives possibles que l'on observe en pareil cas, introduisit comme il en a l'habitude une longue flèche de pâte de Canquoin dans la cavité utérine. Cette cautérisation fut comme toujours, sans influence sur le développement d'accidents péritoniques : l'eschare mit sept à huit jours à

s'éliminer ; le col revient encore sur lui-même et la malade put, trois semaines après, sortir de l'hôpital complètement guérie.

Observation IX (inédite)

Communiquée par le Dr P. Hamonic

Mme Jeanne B..., sans profession âgée de 40 ans.

Antécédents héréditaires — Nuls.

Personnels. — Elle a eu 2 enfants dans de bonnes conditions. L'un à 18 et l'autre à 20 ans. La dernière grossesse a été pénible. Pertes de sang après l'accouchement.

Fièvre typhoïde à 24 ans.

La maladie actuelle a commencé en 1885. Elle a été caractérisée au début, par des hémorrhagies, une leucorrhée abondante, des douleurs intermittentes, des névralgies iléo-lombaires. Je la vis pour la première fois en juin 1885.

A ce moment le col était très gros, irrégulier. La lèvre antérieure beaucoup plus proéminente que la postérieure La consistance du tissus utérin était molle. Pas de douleur ni d'empâtement dans les culs-de-sac du vagin. Cependant au niveau de la paroi latérale droite du pelvis on sent nettement un foyer d'adéno-lymphite. L'orifice du col est transversal, irrégulier, découpé en ostéoplaste. Il est largement dilaté et admet sans peine l'extrémité du doigt. Autour de cet orifice on perçoit des saillies folliculaires sous forme de petits grains.

Examen au spéculum. — Le col est rouge. Son orifice est entouré d'un bourrelet d'un rouge foncé fongueux, exulcéré et dû à la muqueuse intra-utérine, qui boursou-

flée, semble faire hernie à l'extérieur. Au contact du bourrelet de charpie, il saigne. Autour de lui on observe douze ou quinze points rouges saillants folliculaires dont la plupart sont exulcérés. Le toucher vaginal et la palpation abdominale combinés montrent que le fond de l'utérus dépasse d'un travers de doigt la symphyse pubienne. L'utérus est parfaitement mobile et ses mouvements ne sont point douloureux.

A l'hystéromètre l'utérus mesure 75^{mm} ; cet examen pratiqué même avec beaucoup de douceur est suivi d'un léger écoulement sanguin, indolore.

A droite on constate un point de névralgie iléo-lombaire au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure et un autre au milieu de la crête iliaque. Quelques troubles digestifs (Dyspepsie, gastralgie). Souvent elle a des migraines, caractère irrégulier, très nerveuse (Hypocondrie).

Le diagnostic posé est : endométrite avec métrite parenchymateuse. Le processus endo-utérin l'emporte beaucoup sur le processus parenchymateux.

Traitement. — Tampons glycérinés chaque soir.

Injection de chlorate de potasse. Un peu d'ergot de seigle. Bonne hygiène.

20 août 1885. — Depuis le début du traitement j'ai eu l'occasion de revoir la malade à plusieurs reprises. Il s'est produit chez elle une amélioration progressive. Aujourd'hui le col est bien moins rouge, moins tuméfié. L'utérus est moins développé. L'hystéromètre mesure seulement 70 millimètres. Plus trace d'adéno-lymphite. La malade a rendu beaucoup d'eau sous l'influence de ces pansements. Elle digère mieux et est moins nerveuse. En introduisant le doigt dans le col utérin qui est aussi dilaté qu'au début

on perçoit nettement une petite saillie, mobile, très molle, pédiculée, qui s'insère sur la paroi postérieure de la lèvre antérieure du col. Elle est du volume d'un haricot (Polype muqueux).

2 septembre. — Je pratique l'extirpation de ce petit polype à l'aide d'une pince par torsion. Je l'enlève en entier. L'examen histologique me montre qu'il s'agit d'un polype myxomateux (substance amorphe très abondante, cellules myxomateuses, quelques rares fibres conjonctives à un seul contour. Noyaux embryonnaires, corps fusiformes en assez grand nombre).

M. Dubar pose le même diagnostic histologique que moi.

30 décembre. — Je revois la malade. Elle ne va pas mal, mais ses dernières règles ont été plus abondantes que les avant-dernières. A l'examen nous trouvons le même aspect que la dernière fois. En introduisant le doigt dans sa cavité on constate l'existence d'un nouveau polype presque sessile qui se déchire sous l'ongle et qui s'implante au voisinage du précédent, sur la face postérieure de la lèvre antérieure, mais un peu plus bas que lui.

L'examen de la malade détermine une petite hémorrhagie qui s'arrête au bout de quelques minutes.

5 janvier 1886. — J'enlève le polype à l'aide d'une pince à larges mors, je l'amène par fragments. Destruction de son point d'implantation à l'aide de la curette de Volkman et cautérisation de toute la face postérieure de la lèvre antérieure avec le thermo-cautère. Lavage intra-utérin avec solution boriquée. Tampons iodoformés, repos au lit pendant quelques jours.

20 janvier. — La malade va très bien.

15 février 1887. — La malade a passé un mois à la

campagne. Elle s'est très bien trouvée du grand air. Elle a fait beaucoup d'exercice et a pris des douches. Elle veut me voir pour savoir si elle est encore malade du côté de l'utérus.

Le col est moyennement gros, de consistance normale. Rien dans les culs-de-sac. Pas de follicule saillant. Pas de rougeur à l'orifice. La cavité utérine, mesure à l'hystéromètre 70 mm. En ramenant l'hystéromètre on attire à l'extérieur un nouveau polype à pédicule très long, s'implantant à environ 4 centimètres de l'orifice, sur la lèvre postérieure.

Au toucher ce polype est très mou, très mobile. Je l'extirpe immédiatement par torsion. Très peu de sang, presque pas de douleur.

A l'examen histologique. Tissu myxomateux absolument semblable à celui du précédent polype.

Mais en comparant les préparations on remarque dans ce dernier polype des noyaux embryonnaires, ainsi que des cellules fusiformes plus nombreuses que dans le premier cas. Il existe aussi une proportion relativement forte de fibres de tissu conjonctif.

Le 12 juillet 1887. — La malade va très bien. Pas de polype, règles normales. Pas de douleur, mais elle perd beaucoup en blanc. Quelquefois cette leucorrhée est légèrement fétide. Je pratique 10 lavages intra-utérins avec de l'eau à 45°, additionnés de liqueur de Van-Swieten.

30 août. — La malade paraît guérie.

2 mars 1888. — Rien de particulier. Un point de névralgie intercostale droite guérie en quelques jours par l'antipyrine.

30 septembre 1888. — Léger point de pleurésie sèche à la base droite et en arrière.

5 novembre 1888. — La malade en faisant sa toilette croit avoir senti avec le doigt profondément enfoncé un nouveau polype et me prie de l'examiner. Au toucher on sent au fond du vagin en dehors de l'orifice du col, un polype du volume d'une noisette très bien pédiculé. Le pédicule s'implante sur la face postérieure de la lèvre antérieure à 2 centimètres environ de l'orifice. Au spéculum le polype est rouge, congestionné. Le pédicule est assez lâche. Il est violacé et semble fortement vasculaire.

L'extirpation avec l'anse galvanique donne très peu de sang, presque pas de douleur. Pansements avec pommade à l'iodol.

10 novembre. — La malade est guérie.

13 décembre. — J'examine la malade et je constate, à mon grand étonnement, une nouvelle saillie polypeuse se produire. Elle est très petite, a l'aspect d'un grain de mil. Elle s'implante sur la partie droite de la face postérieure de la lèvre antérieure. Elle n'est pas encore pédiculée; mais très nettement perçue par le doigt.

Pour mettre fin à cette production incessante des polypes je propose à la malade le curage utérin, opération acceptée et qui sera pratiquée incessamment.

M. le Dr Hamonic fait suivre l'observation qui précède des réflexions suivantes.

Ce cas me paraît dans l'espèce, particulièrement intéressant. Car il est une démonstration évidente, des relations anatomiques, cliniques et évolutives qui existent entre l'endométrite et les polypes muqueux. Ici le diagnostic d'endométrite s'impose. Cette maladie a été la première en cause. Elle a précédé toute autre manifestation

utérine. C'est après sa constatation initiale que j'ai assisté à la production successive des polypes muqueux, qui semblent en émaner. Chose à remarquer, tous ces polypes se sônt développés aux dépens de la lèvre antérieure du col, comme si en ce point, ce processus néoformateur avait acquis son maximum de puissance. D'un autre côté le microscope a démontré 2 fois que la structure histologique devait faire rapprocher les polypes muqueux du tissu embryonnaire émanant de la substance conjonctive. Cette structure en dernière analyse a été celle des bourgeons charnus. Il me paraît évident que la pathogénie à invoquer est celle qui consiste à regarder les polypes comme des sortes de bourgeons charnus énormément hypertrophiés. Dans tous les cas les polypes ici ne me paraissent pas devoir être regardés comme des tumeurs isolées, ayant poussé accidentellement; mais bien comme étant le résultat d'un processus de prolifération embryonnaire dont la muqueuse a été le point de départ et la cause inflammatoire.

Il sera intéressant de voir si dans les débr is muqueux recueillis par le grattage on retrouve la constitution histologique des polypes déjà soumis à l'examen. Ce qui établirait péremptoirement la filiation entre les polypes et les bourgeons charnus de l'endométrite.

Observation X (personnelle).

Recueillie au dispensaire du Dr P. Hamonic.

Mme Jeanne M..., âgée de 48 ans, marchande de chaussures.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, elle n'a jamais fait de maladie sérieuse. Cinq grossesses : La première à 22, la seconde à 25, la troisième à 26, la quatrième à 31, et enfin la cinquième à 35 ans. Toutes ont été bonnes.

Les accouchements bien effectués, trois filles et deux garçons.

Le quatrième enfant (petite fille), morte de diarrhée à l'âge d'un an.

Les autres vont bien.

A l'avant dernier, la malade a éprouvé un acccident utérin (?) sur la nature duquel elle ne peut s'expliquer. Elle a eu une métrorrhagie très abondante. Du reste à tous ses accouchements elle a perdu beaucoup de sang.

Depuis trois mois, une hémorrhagie utérine s'est produite sans cause apparente et sans s'arrêter un seul jour.

Le sang coule tantôt un peu plus, tantôt un peu moins. La malade est venue au dispensaire du Dr Hamonic, le 1er décembre 1888.

Elle est pâle, anémiée, faible.

A l'examen on trouve un gros col, mou, pourvu d'un orifice large, à travers lequel on trouve des fongosités molles, saignantes.

Pas d'ulcération sur le col, rien aux culs-de-sac vaginaux.

Pas de douleur.

Traitement. — Injection d'eau très chaude (50°). Ergot de seigle. Pansements glycérinés. Repos.

28 décembre. — Aucun résultat n'a été obtenu. Elle perd toujours autant de sang.

Le Dr Hamonic pratique l'écouvillonnage intra-utérin.

Cautérisation au chlorure de zinc à 8 0/0. L'ergot de seigle continué du 1er au 8 décembre, est repris (un gramme par jour) et continué pendant une semaine.

31 décembre. — La malade a perdu plus de sang que d'habitude. Le jour de l'écouvillonnage elle a éprouvé une petite douleur qui a disparu le lendemain.

M. le Dr Hamonic pratique aujourd'hui la dilatation brusque à l'aide du dilatateur à trois branches. Antisepsie préalable à l'aide de la créoline.

4 janvier 89. — Le jour de la dilatation l'hémorrhagie s'arrête presque complètement. Depuis, léger écoulement. Aujourd'hui nouvelle dilatation utérine suivie d'un écouvillonnage : antisepsie avec émulsion de créoline à 3 0/0. Pas de douleur.

11 janvier 89. — Elle ne perd plus de sang depuis la dernière séance. La malade, quoique plus forte, se plaint de gastralgie, se congestionne après les repas. Œdème malléolaire le soir en se couchant (Symptômes anémiques).

Aujourd'hui M. Hamonic pratique un simple lavage intra-utérin avec la créoline. Extrait de quinquina, jus de viande, graine de lin.

25. — L'utérus va bien, col normal, dur, pas de sang. Légère leucorrhée, de loin en loin quelques douleurs à l'hypogastre.

Quelques cachets de Cascara sagrada contre la constipation.

Cette observation nous a paru intéressante à cause de l'action immédiate de la dilatation brusque sur le phénomène hémorrhagie. Voilà une femme chez laquelle nous avons reconnu de suite une endométrite.

Du reste, ce diagnostic figure sur l'observation du dis-

pensaire (obs. n° 128). Cette endométrite remonte certainement à l'avant dernière grossesse ainsi que le rappelle l'observation. Celle-ci a été particulièrement pénible et suivie d'un accident assez grave. Il est à remarquer que depuis cette avant dernière grossesse la tendance hémorrhagique a existé d'une façon constante; mais les pertes de sang étaient espacées par des périodes variables. Peu à peu elles se sont rapprochées et depuis 3 mois la perte de sang est devenue continuelle. Cette malade a été traitée par M. le Dr Hamonic à l'aide d'ergot de seigle. Injections brûlantes sans le moindre résultat. Déjà un médecin avait en ville donné l'ergotine à haute dose.

L'écouvillonnage et la cautérisation qui cependant d'habitude sont un bon moyen hémostatique n'ont rien donné ici, au contraire la malade a perdu plus de sang après l'application de ces procédés. La dilatation est pratiquée et le lendemain l'hémorrhagie s'arrête complètement. On ne peut pas nier ici l'influence directe de la dilatation utérine brusque sur l'hémorrhagie.

Nous avons revu tout dernièrement la malade qui continue à se bien porter. Dernières règles tout à fait normales et nous pensons qu'on peut la regarder comme complètement guérie.

Observation XI

Endométrite végétante, polypeuse avec asthénie de la musculature utérine, ayant résisté à un premier curage. Reproduction des végétations. Deuxième curage. Tampon d'iodoforme à demeure. Guérison définitive.

Mme W.., 23 ans, névropathe.

Est envoyée le 26 janvier 1887 par le Dr Genesteix. Cette

dame est mariée depuis cinq ans. Elle a eu deux enfants dont le dernier a 18 mois. A la suite de ce dernier accouchement, elle a eu des inflammations pelviennes. Abcès du sein. Abcès de la grande lèvre. Huit mois plus tard elle fut régulièrement traitée pour des lésions utérines. Ulcération du col (?).

Il y a quatre mois perte très abondante. Depuis, elle a deux hémorrhagies chaque mois. Celle qui correspond à l'époque de ses règles est particulièrement sérieuse.

A chaque ménorrhagie, on observe des coagula blanchâtres représentant des caillots retenus longtemps. L'abondance de la perte nécessite le tamponnement.

Le Dr Genesteix a en outre constaté un accroissement considérable du volume de l'utérus correspondant à chaque période menstruelle ; accroissement qui diminue avec la cessation de l'hémorrhagie. Dans l'intervalle des pertes on note l'écoulement abondant d'un liquide mucoso-purulent.

Malgré l'anémie consécutive à ces pertes considérables l'état général est assez bon. Appétit satisfaisant. Pas de douleur.

Depuis huit jours, elle est sous le coup d'une hémorrhagie inquiétante. Elle a été tamponnée la veille. M. Doléris trouve un utérus volumineux. Le cathétérisme très facile donne 9 centimètres.

Le curettage explorateur, indolore, ramène des débris polypeux, épais de la muqueuse utérine, mélangés à quelques caillots anciens.

Le col ne présente pas de lésions actuelles.

Lavage et tamponnement antiseptiques du vagin.

L'état d'anémie grave. et d'affaiblissement de la malade ne permet pas de temporiser.

Le 28 janvier 1887. — Après chloroformisation, M. Doléris pratique le curage.

La curette ramène des caillots anciens, du sang liquide et vermeil, et des débris de muqueuse épaisse et les débris restant de la muqueuse (épais et végétants). Écouvillonnage avec enduit de glycérine créosotée, tamponnement.

Le 6. — Écoulement séro-purulent très abondant, peu filant.

Le col est gros et rouge, et l'utérus mesure 8 centimètres.

15 février. — Depuis le curage la malade n'a pas eu de métrorrhagie. Écoulement purulent assez abondant, attend ses règles pour le 18. Iodure de potassium.

Anémie très prononcée.

16 février. — Sécrétion du col moins abondante, non purulente, la muqueuse cervicale reste ulcérée.

État général s'améliore.

Nettoyage du vagin. Injection au sublimé, cautérisation à la glycérine créosotée, puis au perchlorure de fer du trajet intra-cervical.

Col moins volumineux, plus souple.

Trois injections par jour.

18. — Col moins gros, moins congestionné. État général meilleur.

22 février. — Règles d'une durée de 3 heures.

9 mars. — Le col reste gros, saigne par le cathétérisme; scarification du col, tampon glycériné. Continue les injections chaudes.

11. — Le col a diminué d'un bon tiers. Incision de certaines glandes du col et tampons iodoformés.

18. — Corps de l'utérus très gros, remonte à trois tra-

vers de doigts au-dessus du pubis, globuleux (règles prochaines).

Le 20 mars. — Règles prolongées pendant 8 jours. Les 4 ou 5 premiers jours, écoulement modéré; à partir du 5e, plus abondant.

Le 8e jour, inject. d'ergotine. Inject. vaginales chaudes, tamp. vaginal. L'hémorrhagie s'arrête. Suintement rosé pendant 2 ou 3 jours. Le corps gros, mou, le col de même. Etat général laisse à désirer. Cathétérisme 7 1/2. Hydrothérapie.

Le 16 avril. — Utérus peu volumineux. Redoute pertes possibles à cause de l'approche de ses règles.

Injection de 2 cent. cubes de perchlorure de fer. Repos. Rien d'anormal.

Le 17 avril. — Lavage du vagin. Tampon glycériné.

22 avril. — Perte très abondante, dure huit jours, que le Dr Genesteix ne peut arrêter. Tampons très serrés. Inject. ergotine. Glace sur le ventre. Repos tête basse. Inject. perchlorure de fer.

La malade est exsangue et très affaiblie, et en présence d'un état si grave, M. Doléris (Godet, Schultz, Genesteix) fait un nouveau curage. Fongosités très nombreuses. Tampons iodoformés dans l'utérus. Tampons glycérinés dans le vagin.

Le 24 avril. — Depuis le nouveau curage, la malade n'a plus perdu.

Nouveaux tampons iodoformés dans l'utérus.

2 mai. — Pas d'hémorrhagie. Leucorrhée modérée. Utérus 8 cent. toujours gros et mou. Coloration pâle du col. Celui-ci reste gros et mou. Après le cathétérisme, il s'écoule du col un liquide limpide assez abondant.

(A dilater pour explorer complètement la cavité utérine.)

Pansement iodoforme simple.

Le 24 septembre 1887. — La malade est en fort bon état et se sent tout à fait bien.

Observation XII (inédite) de M. Doléris.

Rétroversion. Métrite hémorrhagique. Dilatation. Curage.

Mme P..., âgée de 29 ans.

Réglée à 17 ans, irrégulièrement. Pas de maladie. Un enfant il y a quatre ans (à 25 ans). Accouchement normal. Enfant mort, quatre heures après. Suites de couches normales. La menstruation reste irrégulière.

La maladie paraît remonter à avril 1886. A ce moment perte considérable pendant une traversée. L'hémorrhagie persiste pendant près de quatre mois de séjour en Afrique.

Revenue en France au mois d'août 1886, après soixante-quinze jours d'interruption, la métrorrhagie se reproduit, abondante. Septembre, octobre, novembre et décembre la malade garde le lit. Ni l'ergot, ni perchlo, ni injections chaudes, froides ne modifient ces pertes (État général : très anémiée).

L'utérus rétroversé et rétrofléchi, mesure 9 centimètres et demi.

Le col est gros et il y a hypersécrétion catarrhale.

Curage et cautérisation au perchlorure de fer.

12 mars. — Curage. On ramène de très abondantes mucosités. La curette pénètre difficilement. Pas de membrane organique. État hypertrophique des glandes à l'entrée du

col. Polypes glandulaires. Kystes mous, glandulaires. La curette donne sensation de craquements.

Injection intra-utérine de 2 centimètres cubes de perchlorure de fer.

14. — Sortie.

21. — Depuis sa sortie plus de pertes, pas de douleur. Après leur cautérisation récente elle perd de petits lambeaux blancs.

Il n'y a plus de flexion. Légère rétroversion.

Cathétérisme 7 centimètres. L'utérus n'est pas encore arrivé tout à fait à l'inclinaison normale.

28 mars. — L'utérus est presque retourné à sa position normale. Il n'existe plus de flexion et le doigt ne sent plus rien dans le Douglas.

Il existe un petit repli transversal formé par la paroi du cul-de-sac postérieur du vagin. Les tissus n'en sont point indurés (*guérison complète*).

Observation XIII (personnelle)

Recueillie dans le dispensaire de M. le Dr Hamonic.

Madame Marie K..., âgée de 49 ans.

Rien de particulier comme antécédents héréditaires ou personnels.

Elle a toujours été faible, anémiée, mais elle a été mal nourrie et surmenée de bonne heure.

Mariée à vingt ans. Elle a eu trois enfants. Le premier a vingt et un ans, le second à vingt-deux et le troisième à trente et un.

Les grossesses ont été bonnes et les accouchements normaux. Les enfants se portent bien.

Le début de la maladie remonte au dernier accouchement qui s'est prolongé pendant douze heures.

Elle a souffert beaucoup. A partir de ce moment la malade a éprouvé des pesanteurs dans le bas-ventre et des irrégularités dans la menstruation et de la leucorrhée.

Les symptômes n'ont jamais beaucoup augmenté ; mais chaque fois qu'elle fatigue elle souffre davantage. Au contraire quand elle se repose les symptômes deviennent moins accusés.

La malade se rend au dispensaire du Dr Hamonic, le 19 novembre 1888.

C'est là qu'il nous est donné de l'observer.

État actuel. — Le col est normal comme volume ; mais son orifice laisse passer des fongosités, rougeâtres, saillantes, molles, qui font pour ainsi dire hernie à travers l'orifice. L'hystéromètre donne 80 millim.

On observe à l'orifice du col, au centre des fongosités précédentes un petit polype muqueux du volume d'une fève, pédiculé et s'insérant sur la paroi postérieure du col.

Rien dans les culs-de-sac. Cystocèle vaginale remontant à ses accouchements.

Le Dr Hamonic extirpe le polype avec la pince. Un peu de sang. Pas de douleur.

Pansement résorciné. La malade était un peu courbaturée. Langue saburrale. On la purge avec du sulfate de soude.

2 novembre. — Dès le lendemain de la petite opération la malade a appliqué elle-même des pansements vaginaux au glycérolé d'amidon. Elle prend des bains, des injections avec la décoction d'écorce de chêne. Aujourd'hui on

trouve encore des fongosités saillantes à travers l'orifice du col utérin.

On l'enlève avec une pince. L'hystéromètre donne 8 centimètres. Pas de douleurs, rien aux culs-de-sac. Un peu de sable urique dans les urines.

On continue les pansements. Nous ne revoyons plus la malade. Mais tout fait supposer qu'elle est guérie ou du moins très améliorée, si l'on s'en rapporte à l'état où elle se trouvait à sa seconde visite au dispensaire.

Cette observation ne sera intéressante que par la suite si la malade revient au dispensaire et si on a l'occasion de constater chez elle des récidives de polypes.

Ici, en effet, l'endométrite paraît avoir été la maladie essentielle et primitive. Son origine doit vraisemblablement remonter à un de ses accouchements.

Elle a vécu avec cette endométrite pendant longtemps sans jamais éprouver autre chose que quelques troubles.

Le symptôme qui l'a poussée à venir consulter, est l'apparition du polype. Cette malade dont il est facile de constater la négligence et le peu de soin de sa personne, n'est pas revenue, probablement parce que l'extirpation du polype lui a donné un soulagement relatif qui lui a suffi. Reste à savoir si le polype ne se reproduira pas, l'endométrite persistant. C'est ce que l'avenir apprendra.

Observation d'Emmet

A l'automne de 1867, une jeune dame de 22 ans, qui semblait fort bien portante, vint me consulter pour savoir

si elle pouvait se marier; parce qu'elle avait des régles extrêmement douloureuses. Elle souffrait ainsi depuis 18 mois et elle désirait mon avis parce qu'une amie lui avait dit que si elle se mariait ayant des règles aussi douloureuses elle n'aurait pas d'enfants. Je l'examinai pour la première fois immédiatement avant les règles. Je trouvai une antéflexion de l'utérus et je fus d'avis de lui fendre le col en arrière comme je le faisais alors habituellement.

Je me rappelle aujourd'hui parfaitement qu'il y avait en outre un épaississement mal défini du côté gauche de l'utérus, dont je ne pus alors apprécier le véritable caractère, et je regardai la lésion comme sans importance en raison de son peu d'étendue. Je sais bien aujourd'hui qu'elle souffrait d'une ancienne cellulite qui, en mettant obstacle à la circulation avait amené l'antéflexion et la dysménorrhée. Huit jours après la disparition des règles, qui avaient été plus douloureuses que d'habitude, elle entra dans mon hôpital privé pour être opérée. En l'examinant je sentis un petit polype muqueux, pas plus gros qu'un pois, faisant saillie hors de l'orifice. Sans autre préparation et sans songer aux conséquences possibles, je la couchai sur le côté, j'applique le spéculum de Sims, et avec une pince je l'arrachai. Elle ne souffrit pas et ne perdit pas de sang. Le lendemain je comptais fendre le col, mais dans la nuit elle était prise de frissons violents, et elle mourait cinq ou six jours plus tard de péritonite généralisée.

Observation XV (inédite)

(Communiquée par le Dr Gérard Marchant, chirurgien des Hôpitaux)

Perturbation générale de la santé, résistant à un traitement approprié. — Endométrite silencieuse avec polypes. — Curettage utérin. — Guérison rapide.

Madame P..., 39 ans. Elle a eu 3 enfants bien portants.

Elle se plaint d'un état d'anémie, de langueur qui l'empêche de vivre comme tout le monde. Elle passe en effet, ses journées dans son lit, ne mange pas et se plaint de vives douleurs de tête.

Mme P..., présentant un faciès utérin, est examinée à ce point de vue, bien qu'elle ne se plaigne d'aucun trouble de ce côté. Ses règles sont régulières. Elle ne sont plus *abondantes* comme il y a 4 ou 5 mois. Il n'existe pas de pertes blanches.

Le toucher vaginal ne révélant pas grand chose, si ce n'est l'existence d'un col assez volumineux et appartenant à un utérus en antéversion ; on borne là cet examen.

Diagnostic. — Anémie consécutive aux hémorrhagies utérines antérieures. Influence de la menopause ?

Traitement par le *fer*, les bains salés, la nourriture tonique.

Malgré deux mois de ce traitement, Mme P..., ne se remet pas. Elle a moins de névralgies, mais son état de langueur, de tristesse, d'apathie est le même.

Un jour elle accuse quelques pertes blanches, de la douleur hypogastrique.

Nouvel examen utérin. — Le col est gros *entr'ouvert* et l'extrémité du doigt, qui s'engage dans le canal cervical, sent manifestement de petites irrégularités dont l'une plus volumineuse. Elles sont arrondies, mobiles, fixées à la paroi.

Ce sont de petits polypes dont l'un s'engage entre les lèvres du col. Le spéculum permet de voir ces productions polypeuses.

La mensuration à l'hystéromètre donne 8c. 1/2.

Le premier examen avait été fautif ou plutôt insuffisant. Il se peut que le voisinage de l'époque ait rendu plus évidents les caractères objectifs dont nous venons de parler; mais ils existaient certainement lors du premier examen, et on n'aurait pas dû négliger l'examen au spéculum, ni à l'hystéromètre.

Le diagnostic devait être retourné ainsi :

Endométrite utérine, — productions polypeuses d'origine inflammatoire, ne donnant lieu à des troubles locaux que d'une façon intermittente.

Il était donc rationnel, devant cette constatation locale, en présence de l'insuccès du traitement général employé jusqu'à ce jour, de proposer à cette malade de lui faire un curettage utérin, qui la débarrasserait de ses polypes et de son endométrite, et mettrait fin, peut-être, aux troubles généraux dont elle souffrait.

L'opération a été faite en septembre 1888, avec l'aide de MM. Canniot et Lyot, internes des hôpitaux — opération des plus simples. Chloroforme. — Abaissement uté-

rin. — Dilatation avec le dilatateur à trois branches. — Curettage avec la curette de Récamier. — Destruction de toutes les masses polypeuses. — Injection intra-utérine de sublimé avec la sonde à double courant. — Cautérisation de la cavité utérine avec un tampon hydrophile légèrement imprégné de perchlorure de fer à 70°. — Nouvelle irrigation. L'utérus est remis en place. — Lavage vaginal et gaze iodoformée pour tamponner le vagin.

Toutes ces manœuvres avaient été précédées d'une antisepsie rigoureuse du vagin. Pendant 3 jours, en effet, la malade avait pris des bains, fait des injections vaginales de sublimé et porté constamment un tampon de gaze iodoformée. Nul accident, bien entendu, après cette opération rigoureusement antiseptique.

Dès le surlendemain, la malade nous annonçait qu'elle sentait en elle un changement. Elle mangeait et dormait mieux et était plus alerte.

Au 12e jour, Madame P. se levait. Au bout de 3 semaines elle commençait à sortir, enfin je dois dire qu'à mon grand étonnement Madame P... est aujourd'hui (2 mois après l'opération) transformée. *Elle sort seule, marche deux heures sans fatigue. Elle a repris la direction de sa maison.* — Je ne parle pas de son appétit, de ses forces, de son état moral qui sont « ce qu'ils n'avaient jamais été » m'a dit le mari.

Je suis amené à voir là, plus qu'une simple coïncidence et bien que la chaîne entre les lésions utérines et l'état général nous manque, je peux conclure en disant : qu'une femme dont l'état *général de santé était profondément troublé, portait une endométrite silencieuse à tel point*

que je l'ai méconnue à un premier examen; que le traitement local de cette endométrite a fait plus que le traitement dirigé contre les troubles généraux. Le curettage en moins de trois semaines a rendu la santé à Madame P..., malade depuis trois ans.

TRAITEMENT

Nous n'avons pas grand chose à dire du traitement des polypes muqueux qui, pour nous, est celui de l'endométrite productrice. Celle-ci, dans ces dernières années, a été l'objet de travaux si importants que nous ne croyons pas utile d'y insister. D'ailleurs chacune de nos observations est suivie de détails opératoires et nous nous sommes efforcé de grouper tous les cas cliniques qui peuvent se présenter dans la pratique. Néanmoins nous tenons à faire remarquer les bons effets que le Dr Hamonic a retiré de la dilatation brusque, avec le dilatateur à trois branches, dans un cas d'hémorrhagies profuses que tous les moyens médicaux appliqués en ville ou dans son dispensaire, n'avaient pu arrêter. L'écouvillonnage et les cautérisations, qui, en pareil cas, sont de bons moyens hémostatiques n'ont rien produit ici. Au contraire, la malade a perdu plus de sang après l'application de ces procédés. La dilatation brusque est pratiquée et l'hémorrhagie s'arrête définitivement.

Ceci dit, nous déduirons de la lecture de nos observations ce fait important au point de vue pratique, à savoir : que le traitement du polype est incomplet, quand on se contente de l'enlever en le saisissant et en l'arrachant à l'aide d'une pince, soit en coupant son pédicule avec des ciseaux, avec l'anse galvano-caustique ou l'écraseur linéaire.

La récidive sera fatale, tant qu'on n'aura pas modifié la muqueuse utérine, c'est-à-dire tant que le traitement ne sera pas dirigé contre la cause qui l'a créé. Dans ce cas il faut enlever le ou les polypes muqueux et racler l'utérus. D'ailleurs l'opération de Récamier faite avec plus demesure et de ménagements, dans des conditions mieux déterminées, avec les précautions antiseptiques voulues, est sans danger et mérite une place définitive dans la chirurgie utérine. En effet, elle guérit radicalement une affection qui n'a, par elle-même, aucune tendance à disparaître, qui entraîne quelquefois toutes les conséquences de l'anémie par la répétition des hémorrhagies, est une cause d'infécondité et d'avortements très graves et qui, par sa durée, peut occasionner non seulement des désordres fonctionnels, mais déterminer du côté des annexes des lésions mortelles heureusement exceptionnelles.

Les bons effets du traitement de l'endométrite appliqué aux polypes muqueux prouvent encore une fois, que ces derniers ne sont qu'une phase évolutive de la première et que leur pathogénie est identique, ce que nous avons essayé de démontrer dans tous le cours de ce modeste travail.

CONCLUSIONS

1° Les polypes muqueux de l'utérus doivent être considérés non pas comme des tumeurs accidentelles, mais comme des phases évolutives du processus pathologique désigné aujourd'hui sous la rubrique d'endométrite.

2° Cette opinion trouve un appui solide sur les symptômes cliniques et surtout sur l'observation histologique.

3° Le microscope démontre que la structure élémentaire des polypes muqueux ne diffère pas de celle des bourgeons charnus de l'endométrite.

4° Au point de vue anatomique les polypes muqueux peuvent se rattacher à 2 groupes.

A. — Groupe conjonctif. Ici les éléments sont ceux du tissu conjonctif, et, suivant que la matière amorphe, les noyaux embryonnaires ou les fibres lamineuses dominent, on a le polype myxomateux, le polype sarcomateux ou le polype celluleux.

B. — Groupe glandulaire. Ici l'hyperplasie porte sur les glandes muqueuses. Les polypes sont de véritables adénomes.

Dans bien des cas ces deux groupes se trouvent confondus dans la même production polypeuse (polype mixte).

Que le polype soit conjonctif ou glandulaire, il peut se surajouter à lui un élément vasculaire qui nous paraît toujours être accessoire. Cependant s'il prédomine, quoique étant secondaire, il peut communiquer au tableau

clinique une apparence particulière. Dès lors la production mérite le nom de polype vasculaire.

Il faut savoir que tout polype peut se congestionner accidentellement ou à l'occasion des périodes menstruelles.

Un tel polype peut être dénommé congestif. Il diffère du polype vasculaire en ce que l'afflux sanguin, qui n'est qu'un épiphénomène, dilate les vaisseaux d'une façon purement transitoire. Dans l'autre cas au contraire il existe une prolifération vasculaire.

5° Les causes des polypes se confondent donc avec celles de l'endométrite. A ce titre les grossesses jouent un rôle prédominant.

6° Les symptômes sont aussi ceux de l'endométrite. Le polype muqueux détermine cependant quelques douleurs expulsives à caractères spéciaux et qui lui appartiennent en propre. Mais son diagnostic ne peut être posé que par la constatation du corps du délit.

7° L'évolution de la maladie qui nous occupe présente ce fait remarquable : qu'elle récidive tant que l'endométrite persiste.

8° Des accidents septiques (fièvre septique), péritonites, hémorrhagies sont les complications les plus à redouter.

Ces complications sont moins le fait du polype lui-même que de l'endométrite qui l'a produit.

9° Le pronostic est dicté bien plus par l'endométrite que par les polypes eux-mêmes.

10° Le traitement doit se décomposer en deux parties. Il faut d'abord se débarrasser des polypes. Mais ce temps qui, pour les anciens, constituait la méthode thérapeutique

ne doit pour nous être que le premier temps opératoire.

Le second qui nous paraît plus important encore, consiste à lutter chirurgicalement par le curage, écouvillonnage, etc., contre l'endométrite qui est la cause pathologique initiale.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE

Vu par le Doyen :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

DE SINETY. — Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes.
— Annales de gynécologie, 1878.
SIREDEY ET DANLOS. — Dict. Jaccoud.
CARLSCHROEDER. — Malad. des org. génit. de la femme.
WEST. — Étude cliniq. sur les maladies des fem. (trad. française).
CHURCHIL ET LEBLOND. — Traité pratique des malad. des fem. 3e édi. 1881, Paris.
BOIVIN ET DUGÈS. — Traité pratique des maladies de l'utérus Paris, 1883.
MALGAIGNE. — Des polypes utérins. Thèse d'agrég., 1832.
Dictionnaire en 30 volumes (arti-polypes utérins).
ROBERT LÉE. — Mém. Sociét. médico-légale de Londres, 1838.
HUGUIER. — Mém. à l'acad. de méd. Paris, 1848.
BABE. — Des granulations ou végétations de la muqueuse qui tapissent la cavité de l'utérus, 1850.
ROBIN. — Gazette des hôpit., 1853.
— 1865.
RÉCAMIER. — Union médicale de Paris, 1850, 1 à 8 juin.
ROBERT G. — Des fongosités intra-utérines (thèse, P. 1866).
LAROCHE. — Métrorrhagies symptôm., thèse, Paris, 1884-85.
CAUDRON. — Adénomes de l'utérus, thèse, P. 1873.
ATHIL. — Polyp. muqueux et fibreux utérins. Ann. gynéc., Paris, 1882.
REVUE HAYEM. — Polypes muqueux, XXII. 1883.
CHÉRON. — Hémorrhagies en rapport avec fongosités. Traitement par le curage de la cavité utérine.
BERGER. — Polypes de l'utérus. Praticien, 1882.
MELICK. — Indications du râclage de l'ut. dans les cas de fongosités. Thèse, 1886.

Imprimerie des Ecoles, HENRI JOUVE, 23, rue Racine, Paris.